

تقاضانامه برای Medi-Cal

برای تکمیل این فرم، از دستورات استفاده کنید. خوانا بنویسید. فقط از مرکب سیاه یا آبی استفاده کنید.
در مورد شخصی که Medi-Cal برای خودش، خانواده اش یا کودکانی که در مراقبت ایشان هستند میخواهد به ما بگوئید.

بخش 1

نام و سط	نام اول	نام خانوادگی
شماره تلفن منزل # ()	شماره آپارتمان کد پستی	نشانی منزل (شماره و خیابان) P.O. BOX را ذکر نکنید، مگر اینکه بی خانمان باشد شهر/ایالت
شماره تلفن کار # ()		کانتی
تلفن پیغام ()	شماره آپارتمان	نشانی پستی (اگر از نشانی ذکر شده فرق داشته باشد) با P.O. BOX
کد پستی 13		شهر
		به چه زبان/لهجه بهترین صحبت میکنید؟ 14B
		به چه زبان/لهجه بهترین صحبت میکنید 14A

در مورد شخصی که در بخش 1 ذکر شده است، خانواده ایشان و کودکانی که آنها تحت مراقبت دارند به ما بگوئید، حتی اگر آنها پوشش نمیخواهند.

بخش 2

کودک 3	کودک 2	کودک 1	شخص بالغ 2	شخص بالغ 1/خود
				نام: 15 نام خانواده نام اول نام و سط
				رابطه با شخصی که در بخش 1 ذکر شده است 16
				اگر نشانی که در آن زندگی میکنند همان نشانی که در بخش 1 ذکر شده است، نیاشد، نشانی محل سکونت را بنویسید. 17
<input type="checkbox"/> مذکور <input type="checkbox"/> مؤنث	جنس: 18			
<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متاهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه	<input type="checkbox"/> مجرد <input type="checkbox"/> متأهل <input type="checkbox"/> مطلقه <input type="checkbox"/> جدا شده <input type="checkbox"/> بیوه	وضع تأهل: 19
/ / ماه روز سال	نام همسر(همسران) صفیر ازدواج کرده در خانه. 20			
/ / ماه روز سال	تاریخ تولد: 21			
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	حامله: 22			
/ / ماه روز سال	تاریخ اولیه ثبت: 23			
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	آیا دارای ازکار افتادگی بدنی، فکری یا روحی است؟			
30 روز یا بیشتر 12 ماه یا بیشتر	انتظار میروند که از کار افتادگی تا تاریخ ذکر شده ادامه پیدا خواهد کرد:			

بخش 2 ادامه

کودک 3	کودک 2	کودک 1	شخص بالغ	شنبه ۱۲ / خواهش	
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	24 آیا کسی هرگزار اقلام زیر را دریافت کرده است: کمک نقدي، SSI، کوبون غذائي يا Medi-Cal				
					اگر «آری» تحت چه نامي؟
					25 شماره کارت مزاياي (BIC) Medi-Cal
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خير	26 آیا مزاياي پزشكى ميخواهی؟				
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خير	27 آیا خانه داريد يا خارج از کاليفرنينا خانه ميخريد؟				

در مورد **تعام** فرزندان ذكر شده در بخش 2 پاسخ بدھيد.

بخش 3

متولد نشده	کودک 3	کودک 2	کودک 1
نام مادر:	نام مادر:	نام مادر:	نام مادر:
<input type="checkbox"/> آیا مادر: شاغل هست? <input type="checkbox"/> از کار افتاده است? <input type="checkbox"/> بیکار هست?	<input type="checkbox"/> آیا مادر: شغل خواهست? <input type="checkbox"/> از کار افتاده هست? <input type="checkbox"/> بیکار هست? <input type="checkbox"/> فوت کرده است? <input type="checkbox"/> غایب هست?	<input type="checkbox"/> آیا مادر: شاغل هست? <input type="checkbox"/> از کار افتاده هست? <input type="checkbox"/> بیکار هست? <input type="checkbox"/> فوت کرده است? <input type="checkbox"/> غایب هست?	<input type="checkbox"/> آیا مادر: شاغل هست? <input type="checkbox"/> از کار افتاده هست? <input type="checkbox"/> بیکار هست? <input type="checkbox"/> فوت کرده است? <input type="checkbox"/> غایب هست?
نام پدر:	نام پدر:	نام پدر:	نام پدر:
<input type="checkbox"/> آیا پدر: شاغل هست? <input type="checkbox"/> از کار افتاده است? <input type="checkbox"/> بیکار هست? <input type="checkbox"/> فوت کرده است? <input type="checkbox"/> غایب هست?	<input type="checkbox"/> آیا پدر: شاغل هست? <input type="checkbox"/> از کار افتاده هست? <input type="checkbox"/> بیکار هست? <input type="checkbox"/> فوت کرده است? <input type="checkbox"/> غایب هست?	<input type="checkbox"/> آیا پدر: شاغل هست? <input type="checkbox"/> از کار افتاده هست? <input type="checkbox"/> بیکار هست? <input type="checkbox"/> فوت کرده است? <input type="checkbox"/> غایب هست?	<input type="checkbox"/> آیا پدر: شاغل هست? <input type="checkbox"/> از کار افتاده هست? <input type="checkbox"/> بیکار هست? <input type="checkbox"/> فوت کرده است? <input type="checkbox"/> غایب هست?

تعام درآمد/پولي که توسط اشخاص فهرست شده در بخش 2 دریافت ميشود، ذكر کنيد.

بخش 4

هر چند وقت درآمد/ پول دریافت شده است (ماهانه، دو ماہ يکماه، هفتگي، دوهفته يكماه، روزانه)	33	چقدر درآمد/پول دریافت شده است	32	منبع درآمد/پول دریافت شده (از کار، سوشل سکوريتى)	31	نام شخصي که درآمد/ پول دریافت ميکند	30

مخارج/هزينه هائي که توسط **تعام** اشخاص ذكر شده در بخش 2 پرداخت شده است. اطلاعات بدھيد.

بخش 5

39 مبلغ پرداخت شهده ماهانه	38 نام شخصي که پرداخت ميکند	37 سن	36 پرداختي مراقبت از کودک يامراقبت از شخص وابسته (نام کودک يا شخص وابسته را نام ببريد)	35 مبلغ پرداخت شهده ماهانه	34 نام شخصي که پرداخت ميکند	33 نوع پرداختيهائي که خانواده تان متقابل ميشود
			1.			نفقه کودک
			2.			نفقه
			3.			حق بيمه، بيمه بهداشتی - درمانی دیگر
			4.			Medicare حق بيمه

بخش 6

این بخش را نادیده بگیرید، اگر فقط برای کودکان زیر 19 سال و/یا زنان حامله تقاضا میکنید.
(فقط خدمات مربوط به حاملگی)

و گزنه در مورد تمام اشخاصی که در بخش 2 فهرست شده اند، پاسخ بدهید.

آیا کسی پول نقد یا چک های خورد نشده دارد؟ (اگر «آری»، مبلغ را ذکر کنید)	40
آیا کسی حساب چک، پس انداز، یا بیمه عمر دارد؟ (به دستورات مراجعه کنید)	41
آیا در خانوار یک اتوموبیل وجود دارد یا بیشتر از یک؟ (به دستورات مراجعه کنید)	42
آیا کسی دستور مصالحه یا حکم دادگاهی دارد؟ (به دستورات مراجعه کنید)	43
آیا کسی بیمه دراز- مدت مراقبت دارد؟ (به دستورات مراجعه کنید)	44
آیا کسی دارای اقلام زیر میباشد: سهام، اوراق قرضه، حساب بازنیستگی، امانت (تراست)، ملک، اتوموبیل برای شغل، حسابهای شغلی، سفت، وام، قبایل، اتوموبیلهای تفریحی، حساب امانت کفن و دفن، مستمری سالیانه، جواهرات (ارثیه حانوادگی، عروسی شامل نمیشود)، حقوق نفت یا مواد معدنی؟ (به دستورات مراجعه کنید).	45
کسی که نامش در این فهرست ذکر شده است، آیا اقلامی که در فوق ذکر شده است در 30 ماه گذشته انتقال داده، فروخته، تعویض کرده یا بخشیده است؟ (به دستورات مراجعه کنید)	46
ایا اقلامی که در این بخش ذکر شده اند، برای هزینه پزشکی خرج شده یا بعنوان پشتونه استفاده شده اند؟ (به دستورات توجه کنید)	47

بخش 7

فقط برای شخصی که Medi-Cal میخواهد پاسخ بدهید.

کودک 3	کودک 2	کودک 1	شخص بالغ 2	شخص بالغ 1/ خود	شماره سوشل سکیوریتی، مکان تولد: ایالت یا کانتی
ممکن است که شما بتوانید Medi-Cal دریافت کنید حتی اگر شماره سوشل سکیوریتی نداشته باشید.					48
آری <input type="checkbox"/> خیر / / ماه روز سال	آری <input type="checkbox"/> خیر / / ماه روز سال	آری <input type="checkbox"/> خیر / / ماه روز سال	آری <input type="checkbox"/> خیر / / ماه روز سال	آری <input type="checkbox"/> خیر / / ماه روز سال	49 شهروند یا ملیت آمریکائی؟ اگر «خیر»، تاریخ ورود به آمریکا را بنویسید
آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	50 آیا در یک تسهیلات مراقبت دراز- مدت یا شباهه روزی و تسهیلات مراقبتی زندگی میکنید؟ اگر «آری» نام تسهیلات:
آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	51 آیا قصد دارید به خانه برگردید؟ آیا قصد دارید که در عرض 6 ماه آینده به خانه برگردید؟
آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	52 آیا دارای پوشش درمانی- بهداشتی/ دندانپزشکی و بینایی دارد؟
آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	53 در عرض 3 ماه قبل از اینکه شما تقاضا کرده باشید و برای آن Medi-Cal خواسته باشید، مخارج پزشکی داشته است.
آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	آری <input type="checkbox"/> خیر	54 آیا مورد قانونی بعلت تصادف یا صدمه در جریان میباشد؟

بخش 7 ادامه

کودک 3	کودک 2	کودک 1	شخص بالغ 2	شخص بالغ 1/ خود	
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر خود همسر والد	55 جاری یا گذشته خدمت سربازی آمریکا برای افراد بالغ، همسر یا کوکان والد؟				
					56 تبار (نژاد) (انتخابی)
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	57 آیا مدرسه تمام وقت است؟				
<input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	58 آیا از خانه دور زندگی میکنید؟				

بخش 8 واکنش اطلاعات (انتخابی).

اگر عضو خانواده نمیتواند Medi-Cal -بدون- هزینه دریافت کند، اما ممکن است که بتواند پوشش مراقبت بهداشتی-درمانی کم-هزینه دریافت کند. آیا اداره محلی رفاه میتواند این فرم را به برنامه Healthy Families Program ارسال دارد؟ <input type="checkbox"/> آری <input type="checkbox"/> خیر	59
من وقتی که این تقاضانامه را تکمیل کردم، از (نام شخص را ذکر کنید) _____ ، کمک دریافت کردم. من موافقت میکنم که اداره محلی رفاه ممکن است که در مورد وضع این تقاضانامه به آنها اطلاعات بدهد. متقاضی لطفاً پاراف کنید.	60

امضاء و گواهی.

بخش 9

امضاء	من طبق کیفر شهادت دروغ قوانین ایالت کالیفرنیا اعلام میدارم که پاسخهایی که در این تقاضانامه داده ام، و مدارکی را که ارائه داده ام تا آنجائی که من مطلع هستم و باور دارم صحیح و درست میباشد.
امضاء شاهد (اگر شخص توسط عالمی امضاء کرده است)	من اعلام میدارم که دستورات تقاضانامه، اعلامیه ها، و تمام اطلاعات چاپ شده در این تقاضانامه را خوانده و فهمیده ام.
امضاء	تاریخ
امضاء شاهد (اگر شخص توسط عالمی امضاء کرده است)	تاریخ
امضاء شاهد (اگر شخص توسط عالمی امضاء کرده است)	تاریخ نسبت او به متقاضی شماره تلفن
امضاء شاهد (اگر شخص توسط عالمی امضاء کرده است)	تاریخ نسبت او به متقاضی شماره تلفن

<input type="checkbox"/> برنامه خدمات مراقبت شخصی (Personal Care Service Program-PCSP). برنامه ای برای مراقبت در خانه.
<input type="checkbox"/> دسترسی برای اطفال، و مادران (Access for Infants, and Mothers-AIM). برنامه ای برای کمک به زنان حامله با درآمدی متوسط برای دریافت مراقبت بهداشتی - درمانی.
<input type="checkbox"/> برنامه تغذیه برای زنان، اطفال و کوکان (Woman, Infants and Children Nutrition Program-WIC). برنامه تغذیه برای زنان حامله و پس از وضع حمل و اطفال کمتر از سن 5 سال.
<input type="checkbox"/> برنامه ریزی خانوادگی (Family Planning).
<input type="checkbox"/> برنامه بهداشتی-درمانی کودک و از کارافتادگی (Child Health and Disability Program-CHDP). مراقبت بهداشتی-درمانی پیشگیری کننده برای کوکان و نوجوانان. آیا میخواهید که فرزندانتان و نوجوانان شما به برنامه CHDP معرفی شوند؟